

## **Potenziale professionale ostetrico nel percorso della gravidanza a basso rischio: modelli a confronto.**

*R.Cappadona\**, *P.Perna\*\**, *E. Bolognesi\*\**, *D.Zavarise\*\*\**, *M.D. Piga\*\*\*\**

*\*Università degli Studi di Ferrara*

*\*\*Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara*

*\*\*\* Università degli studi di Udine*

*\*\*\*\* Università degli studi di Sassari*

La professione Ostetrica, resa peculiare dal coinvolgimento in uno degli eventi sociali per eccellenza come l'evento nascita e dall'importanza che questo evento assume sia per la donna che per le agenzie sanitarie deputate a garantire la salute pubblica, è, al tempo stesso, la professione che più ha risentito dei processi culturali, politici e di medicalizzazione della gravidanza/parto che hanno investito le Nazioni Europee negli ultimi decenni, con notevoli ripercussioni rispetto all'utilizzo del potenziale professionale ostetrico e agli esiti dell'assistenza erogata.

Il lavoro proposto è il risultato di una ricerca bibliografica finalizzata ad analizzare la figura dell'ostetrica e il suo potenziale professionale all'interno della sanità pubblica e, nello specifico, nel percorso assistenziale che più la rappresenta, quello della gravidanza a basso rischio.

La tutela della salute della donna, dei diritti della partoriente e della salute del neonato costituiscono un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione della salute, di cura e riabilitazione in tale ambito, hanno sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale e futura (1). La programmazione del percorso nascita è quindi finalizzata a garantire, durante la gravidanza, il parto e il puerperio, livelli essenziali e appropriati di prevenzione e di assistenza, mediante l'utilizzo di diverse prestazioni/servizi e competenze professionali (2).

Le competenze per offrire assistenza alla gravidanza a basso rischio sono riconosciute a professionisti diversi: le ostetriche, i medici di medicina generale e i medici specializzati in ostetricia. Il modello assistenziale “midwifery-led model” (modelli in cui l’ostetrica è il professionista responsabile dell’assistenza) trova il suo fondamento nel concetto che la gravidanza e la nascita sono eventi fisiologici basati sulle naturali competenze della donna nell’affrontare l’esperienza della nascita accompagnata dalla quantità minima di interventi necessari. A questo modello assistenziale è associato anche l’obiettivo di assicurare la continuità della cure (midwifery- led continuity of care) attraverso la presa in carico da parte di un’ostetrica (case load midwifery) o di un team di ostetriche (team midwifery), che condividono la gestione dello stesso caso per tutto il percorso nascita. Questi modelli assistenziali contrastano con i modelli medical-led (l’assistenza è erogata dai medici di medicina generale o ginecologi) e shared model (responsabilità condivisa tra diversi professionisti sanitari) (3).

L’assetto organizzativo/assistenziale del percorso della gravidanza a basso rischio che ne deriva, quindi, sarà influenzato da diversi fattori tra cui le politiche sanitarie perseguite e i modelli assistenziali adottati, le strategie scelte e attuate, il sistema culturale di riferimento e le variabili sociali ed economiche presenti, determinando varie configurazioni e differente utilizzo del potenziale professionale delle figure sanitarie coinvolte nel percorso. Il contesto di analisi è europeo e riguarda, nello specifico, due nazioni analizzate in chiave comparativa: l’Italia e l’Inghilterra.

Proporre una rassegna storica, sociale e legislativa sulla figura dell’ostetrica nel contesto europeo, risponde allo scopo di avere un’idea sulle principali dinamiche intervenute fino alla nascita del concetto di sanità pubblica e universalistica, concretizzatosi con l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale in Inghilterra e, trent’anni dopo, in Italia. L’ostetrica in Italia e la *midwife* in Inghilterra, sono infatti le eredi della più antica figura della levatrice, sebbene l’insieme delle funzioni ad essa attribuite abbia subito nel corso degli anni profonde modificazioni sulla scia di più ampie trasformazioni sociali, politiche e culturali (4).

L’istituzione dei Servizi Sanitari nelle due Nazioni, l’attuazione delle successive riforme e le conseguenze derivanti dall’ospedalizzazione delle gravidanze e dalla loro progressiva medicalizzazione, fenomeni storicamente collocabili intorno agli anni ’60-’70 del secolo scorso, determineranno risvolti importanti sia a livello assistenziale sia professionale (4): si assisterà ad un effettivo sottoutilizzo del potenziale professionale ostetrico, proprio nel momento in cui l’Organizzazione Mondiale della Sanità riconosce a tale profilo un più vasto e organico insieme di competenze (5).

Mentre in Italia si verifica il confinamento dell'attività lavorativa dell'ostetrica nelle strutture ospedaliere, determinando profondi cambiamenti non solo rispetto ai luoghi in cui esercitare la professione ma anche una censura rispetto ai contenuti dell'attività lavorativa, in Inghilterra, nasce un grande dibattito volto a chiarire quali debbano essere i luoghi e le modalità del nascere e ad individuare un migliore utilizzo e un più efficiente impiego delle abilità dei professionisti coinvolti. Prendendo atto della necessità di umanizzare la nascita, inizia così, dal 1993 un importante processo di de-medicalizzazione (6) che metterà al centro del sistema l'assistenza sanitaria di base, la territorializzazione dell'assistenza, il *midwifery led-model* e le competenze ostetriche.

In l'Inghilterra, infatti, da più di venti anni è fortemente diffusa e consolidata l'assistenza esclusiva delle ostetriche alla gravidanza/parto/puerperio a basso rischio (*midwifery-led model*), che produce una tra le più basse percentuali di taglio cesareo in Europa (7).

Studi di valutazione comparativa (8,9) dell'efficacia dell'assistenza fornita da professionisti diversi e dei modelli assistenziali che ne derivano, sono stati condotti quasi esclusivamente in Regno Unito e ne riflettono il contesto culturale e organizzativo. Benché l'organizzazione dei servizi e le consuetudini sedimentate della popolazione italiana non siano corrispondenti a quelli del Regno Unito, in entrambi i Paesi la formazione universitaria delle professioniste è guidata da un medesimo obiettivo: differenziare le competenze per l'assistenza alle condizioni fisiologiche e per l'assistenza alla condizione di rischio in gravidanza e puerperio.

Pertanto, indipendentemente dal contesto, le prove dimostrano l'efficacia nella pratica di processi di identificazione del rischio, selezione e assistenza alle gravidanze fisiologiche condotti dalle ostetriche.

Le evidenze scientifiche attualmente disponibili, hanno quindi indicato nell'assistenza fornita esclusivamente dall'ostetrica (*the midwifery-led model*) un intervento con un favorevole rapporto beneficio/danno e beneficio/costo (10) e hanno evidenziato come il coinvolgimento del medico, dove non vi siano complicanze, non migliori l'outcome materno-neonatale (11).

L'argomento, molto in vista di recente come conseguenza a queste importanti evidenze scientifiche, ha visto un importante fermento legislativo italiano, volto ad ottenere una ridefinizione e valorizzazione del ruolo dell'ostetrica all'interno del percorso nascita e nello specifico del basso rischio e una de-medicalizzazione del percorso stesso, in un contesto che vede fortemente implementato un modello medico-centrico e un tasso di tagli cesarei, espressione di questa situazione, tra i più alti in Europa.

Le competenze ostetriche sono infatti poco sfruttate dal Servizio Sanitario Italiano che, a differenza di quello Inglese, dispone di queste professioniste quasi esclusivamente per l'assistenza in sala parto, nonostante l'OMS (12),

le Linee Guida italiane del 2010 e, i riferimenti normativi (13) in ambito ostetrico, si esprimano diversamente, ponendo una certa enfasi sulla competenze che contraddistinguono tali professionisti rispetto ad altri; competenze distintive spendibili non solo in sala parto, ma anche in quei settori preposti alla tutela della salute di genere nel percorso nascita (territorio e punti nascita) e nelle aree di cura/assistenza ginecologica.

Sono infatti ancora poche le realtà italiane in cui la fisiologia sia gestita completamente e continuativamente dall'ostetrica.

Analizzando concretamente in dettaglio l'assetto organizzativo/assistenziale del percorso nascita attuato e ponendo l'accento sul potenziale professionale utilizzato e sui modelli organizzativi/assistenziali implementati, risulta evidente come anche il recepimento direttiva europea 2005/36/CE (14) sia molto diverso nelle due Nazioni. In Italia infatti (15), viene sottratta all'ostetrica l'attività di diagnosi della gravidanza a basso rischio, attribuendola in esclusiva ad un soggetto abilitato alla professione medica. In altre parole l'ostetrica, constatata la gravidanza in atto, deve interpellare il medico affinché questi ponga la diagnosi di normalità della gravidanza e, solo successivamente, può controllarne l'evoluzione. Ciò si pone in netto contrasto con non solo con il tenore della normativa comunitaria, ma anche con la normativa di riferimento italiana che da tempo ha messo un punto fermo sull'oramai indiscussa autonomia professionale dell'ostetrica e sulle competenze in ordine alla diagnosi di gravidanza a basso rischio nonché travaglio e parto normale che può condurre e portare a termine sotto la propria responsabilità. Inoltre la normativa prevede la prescrizione degli esami da parte dell'ostetrica, aspetto tutt'ora rimasto inattuato in Italia.

Nonostante l'asimmetria generata dalla situazione normativa e assistenziale a livello nazionale, diverse Regioni italiane hanno attuato una ridefinizione del ruolo dell'ostetrica e un'ottimizzazione del potenziale professionale all'interno del percorso di assistenza alla gravidanza a basso rischio. Nello specifico, oggetto di analisi sono state alcune Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna che, in merito all'attuazione della delibera di giunta regionale 533/08 (16), hanno implementato ambulatori territoriali ed ospedalieri a conduzione ostetrica.

In conclusione, la progressiva "medicalizzazione" del percorso nascita e "ospedalizzazione" dei parti avvenuta negli ultimi decenni in Italia, ha comportato l'abitudine di descrivere e considerare la gravidanza e il parto come condizioni di malattia che non come condizioni naturali della vita di una donna, con una conseguente costruzione di modelli concettuali, lessicali e organizzativi/assistenziali che poco si adattano al sostegno e alla promozione della fisiologia, in un contesto fortemente medico-centrico.

Allo stesso tempo, il recepimento della Direttiva Europea 2005/36/CE con il decreto legislativo 206/2007, che sottrae all'ostetrica l'attività di diagnosi

della gravidanza normale, attribuendola in esclusiva al medico e la mancanza, dopo sette anni dall'emanazione del decreto, del "ricettario rosa" per permettere la prescrizione degli esami in gravidanza da parte dell'ostetrica, evidenzia come il contesto italiano sia ancora molto ancorato ad una impostazione opposta da quella presente nel contesto inglese.

Le politiche sanitarie e le relative strategie attuate negli aspetti legati alla maternità, infatti, hanno conseguenze non di poco conto sull'impiego del potenziale delle professioni coinvolte e sull'assistenza erogata, con risvolti importanti sull'efficienza della sanità pubblica.

L'attuale organizzazione del percorso nascita in Italia, tranne pochi esempi regionali, evidenzia come il modello concettuale dell'assistenza sia ancora troppo orientato a "curare" (to *cure*) la gravidanza e il parto come una malattia con tutte le conseguenze di questo approccio, tra cui un ridottissimo impiego del potenziale professionale ostetrico, piuttosto che a prendersene cura (concetto di *care*, come avviene piuttosto in Inghilterra) per mantenere e promuovere il potenziale di salute che utilizza la midwives come il *care giver* della gravidanza fisiologica, consentendo l'effettiva applicazione delle competenze che la legge riserva a tale profilo professionale.

Considerare, pertanto, la gravidanza e il parto come processo biologico, psicologico e sociale nella sua globalità diviene basilare per un'assistenza ostetrica di qualità e per un giusto impiego di risorse e competenze.

## BIBLIOGRAFIA

1. Progetto Obiettivo Materno Infantile, Decreto Ministeriale 24 Aprile 2000 (POMI)
2. Grandolfo M, Lauria L, Lamberti A, Il percorso nascita nella prospettiva del Progetto obiettivo materno infantile (Pomi) Epicentro
3. Linee Guida Gravidanza fisiologica 2010, SNLG 2010
4. Elena Spina, Il processo di neoprofessionalizzazione: il ruolo dell'ostetrica, DSS PAPER SOC 4-07
5. International definition of Midwife, WHO, 1966
6. Winterton Report, Changing Childbirth, Dipartment of Health 1993
7. National Audit Office DH 2013
8. Hatem M, Sandall J et al. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev 2008;(4):CD004667.
9. Waldenstrom U, Turnbull D. A systematic review comparing continuity of midwifery care with standard maternity services. Br J Obstet Gynaecol 1998;105:1160-70.
10. Health Evidence Network (HEN), What is the effectiveness of antenatal care? (Supplement); Copenhagen: World Health Organization; 2005 e National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, Antenatal care. Routine care for the healthy pregnant woman. Clinical guideline.

Commissioned by the National Institute for Clinical Excellence. London: RCOG Press; 2008.

11. Villar J, Carroli G, Khan-Neelofur D, Piaggio GGP, Gülmezoglu AM. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(4):CD000934
12. W.H.O. Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working group. Geneva; 1996:
13. D.M 740/94 “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’ostetrica”; L. n. 42/99; L. n. 251/00; Dlg. 206/07 in riferimento alla Direttiva 2005/36/CE del 7-9-2005; DM 270/04; Codice Deontologico 19-06-2010.
14. Direttiva Europea 2005/36/CE
15. D.lgs 206/07 “Attuazione della Direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell’adesione della Bulgaria e Romania”.
16. Delibera di Giunta Regionale n. 533/08 “Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita”, Emilia Romagna.